



TIỀN LÂM SÀNG

BÀI GIẢNG VỀ

KỸ NĂNG

LÂM SÀNG

Preclinical Lectures
for Clinical Skills

MED 310-410

NỘI DUNG

CHƯƠNG 1	TỔNG QUAN VỀ KỸ NĂNG LÂM SÀNG, OSCE & BỆNH VIỆN MÔ PHỎNG
CHƯƠNG 2	KỸ NĂNG GIAO TIẾP, HỎI BỆNH & KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ CƠ BẢN
CHƯƠNG 3	KỸ NĂNG KHÁM TOÀN THÂN & LÀM BỆNH ÁN NỘI-NGOẠI TỔNG QUAN
CHƯƠNG 4	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ TIM MẠCH
CHƯƠNG 5	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HÔ HẤP
CHƯƠNG 6	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ TIÊU HÓA
CHƯƠNG 7	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ THẬN-TIẾT NIỆU
CHƯƠNG 8	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ NỘI TIẾT
CHƯƠNG 9	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HỆ VẬN ĐỘNG
CHƯƠNG 10	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HỆ THẦN KINH
CHƯƠNG 11	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG VỀ TÌNH TRẠNG TÂM THẦN
CHƯƠNG 12	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ TAI - MŨI - HỌNG
CHƯƠNG 13	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ RĂNG-HÀM MẶT
CHƯƠNG 14	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ MẮT & THỊ LỰC
CHƯƠNG 15	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ SẢN PHỤ
CHƯƠNG 16	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ NHI KHOA
CHƯƠNG 17	KỸ NĂNG SƠ CỨU - HỒI SINH CƠ BẢN - HỒI SINH NÂNG CAO



CHƯƠNG 7

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ THẬN-TIẾT NIỆU

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh lý hệ tiết niệu
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể hệ tiết niệu
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản của chuyên ngành tiết niệu

Nội dung

- 7.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tiết niệu
 - 7.1.1 Các bước trong hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử tiết niệu
 - 7.1.2 Các bước trong thăm khám thực thể hệ tiết niệu
- 7.2 Các thủ thuật, kỹ năng lâm sàng cơ bản về tiết niệu
 - 7.2.1 Thủ thuật đặt sonde niệu đạo-bàng quang
 - 7.2.2 Thủ thuật chọc hút nước tiểu trên xương mu
 - 7.2.3 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành tiết niệu



7.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa thận - tiết niệu

7.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám thận-tiết niệu

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào. Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử về thận-tiết niệu đầy đủ & toàn diện.

❖ Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

❖ Trình bày diễn biến của bệnh sử (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân "Vậy hôm nay bác thấy gì nào?" Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần.
- Khởi đầu (Onset) - Khi nào triệu chứng bắt đầu? / Khởi phát cấp tính hoặc dần dần? Thời lượng - phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - ví dụ: nếu triệu chứng là đau lưng: Bác có thể nói xem khi đau lưng nhiều có tiểu được không?
- Diễn biến - là triệu chứng xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - là triệu chứng luôn luôn hiện diện hay cứ đến và đi?
- Yếu tố gây ra - có bất kỳ yếu tố khởi phát nào rõ ràng cho các triệu chứng?
- Các yếu tố làm giảm - có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng, ví dụ như giảm đau lưng khi tiểu được...
- Các tính năng liên quan - có các triệu chứng khác xuất hiện liên quan như sốt...?
- Các đợt trước: Chị có trải qua các triệu chứng này trước đây?

I. Hỏi các triệu chứng chính của bệnh sử:

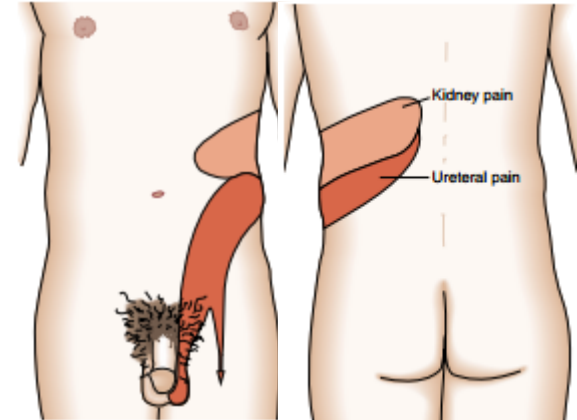
Các triệu chứng cơ năng là những triệu chứng do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh kể lại. Khi người bệnh nêu lý do đến khám, người khám hỏi tập trung vào triệu chứng đó và sau đó cần hỏi các triệu chứng chính khác nêu dưới đây để khai thác kỹ tình trạng bệnh... Các triệu chứng chính (Important symptoms) cần khai thác đó bao gồm: Đau (cơn đau quặn thận, đau âm ỉ vùng hố thắt lưng, đau ở vùng niệu quản-bàng quang, đau do trào ngược niệu quản); rối loạn thải tiết (đái dầm, đái lấu, đái ngắt quãng, đái dầm, đái buốt, đái khó, bí đái, đái không tự chủ, đái đêm); rối loạn bài tiết (đái nhiều, đái ít, thiếu niệu, vô niệu); rối loạn tính chất nước tiểu (đái mù, đái máu, đái dưỡng chấp); rối loạn chuyển hóa và nội tiết (nôn, nhức đầu, khó thở...); phù do thận và sốt kiểu tiết niệu.

A. **Các triệu chứng cơ năng về đau do thận-tiết niệu** - Hỏi người bệnh về các triệu chứng đã từng hoặc thường xuyên xảy ra như:

- *Cơn đau quặn thận* - rất điển hình trong bệnh lý thận-tiết niệu, hỏi kỹ bệnh nhân về các đặc điểm sau:
 - + Khởi phát đau: thường xuất hiện sau vận động mạnh, sau chấn thương vùng thắt lưng, tuy nhiên cũng có thể xuất hiện cả lúc nghỉ ngơi.
 - + Cường độ đau: đau thường dữ dội thành từng cơn, cơn có thể ngắn 20-30 phút có thể kéo dài nhiều giờ hoặc cả ngày.
 - + Vị trí và hướng lan của đau: đau thường xuất phát ở vùng thắt lưng, lan ra phía trước xuống vùng bàng quang, xuống bìu (ở nam) hoặc bộ phận sinh dục ngoài (ở nữ). Thông thường chỉ đau một bên, trong cơn đau có thể có buồn nôn hoặc nôn. ấn điểm sườn-thắt lưng và vỗ hố thắt lưng bệnh nhân rất đau. Không có tư thế giảm đau.
 - + Diễn biến của cơn đau: cơn đau thường kết thúc từ từ, nhưng cũng có khi kết thúc đột ngột. Sau cơn đau thường có đái ra máu đại thể hay vi thể, có thể có rối loạn tiểu tiện như: đái khó, đái rất, đái buốt. Cơn đau quặn thân thường hay tái phát.
 - + Thời gian xảy ra cơn đau: Ở trên là mô tả cơn đau điển hình, trong thực tế lâm sàng có những thể không điển hình, chỉ đau thoáng qua hoặc ngược lại đau kéo rất dài từ một ngày đến 2-3 ngày.

– Đau âm ỉ vùng hố thắt lưng

- + Đau vùng hố thắt lưng âm ỉ, không thành cơn hoặc chỉ có cảm giác nặng tức vùng hố thắt lưng.
- + Đau cả 2 bên (viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, hội chứng thận hư, viêm tủy tổ chức quanh thận) hoặc đau chỉ một bên (viêm thận-bể thận cấp hoặc đợt tiến triển của viêm thận-bể thận mạn)
- + Đau có lan xuyên hay không? (đau thận tiết niệu đau thường không lan xuyên, chỉ khu trú tại chỗ).
- + Đau có thể kèm theo nóng, đỏ, phù nề vùng hố thắt lưng (trong viêm mủ quanh thận)

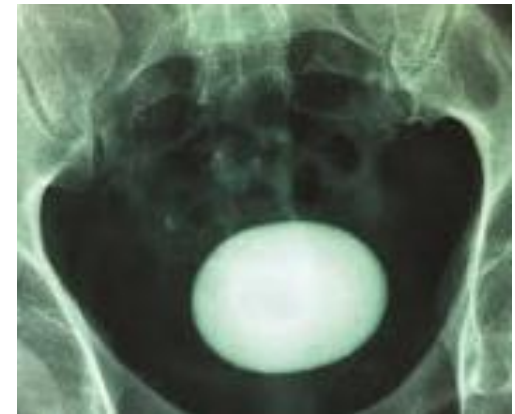


– Đau ở vùng niệu quản-bàng quang

- + Đau ở các điểm niệu quản ngoài nguyên nhân do cơn đau quặn thân, còn có thể gặp khi có sỏi niệu quản, viêm niệu quản, lao niệu quản và thường liên quan với các quá trình bệnh lý ở thân và bàng quang.
- + Đau ở vùng bàng quang thường kèm theo các rối loạn bài niệu: đái rắt, đái buốt (thường gặp do sỏi bàng quang, viêm bàng quang, lao bàng quang, bệnh lý của tuyến tiền liệt).

– Đau do trào ngược niệu quản

- + Người bệnh thấy đau vùng hố thắt lưng một hoặc hai bên khi rặn đái, đau mất đi khi đái xong.
- + Đây là thể đau đặc biệt, thường gặp ở trẻ em do suy yếu cơ thắt chỗ niệu quản đổ vào bàng quang, thường là bẩm sinh.



B. Các triệu chứng về rối loạn thải tiết - Hỏi người bệnh về các triệu chứng đã từng hoặc thường xuyên xảy ra như:

- **Đái dắt:** Là tình trạng đi đái nhiều lần trong một ngày. Mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít, mỗi khi chỉ có vài giọt hoặc không có giọt nào. Người bệnh mới đi đái xong lại muốn đi nữa. Mỗi lần đi tiểu có cảm giác khó đi.
- **Đái không hết (đái láu, *Incomplete emptying, terminal dribbling*):** Là hiện tượng vẫn còn phần thừa sau khi đi tiểu. Do tắc nghẽn (niệu đạo, tuyến tiền liệt) hoặc do bàng quang có kích thước nhỏ (lao, sau xạ liệu pháp) hoặc do kích thích bàng quang (viêm, u, dị vật)
- **Đái ngắt quãng (tiểu ngập ngừng, *Hesitancy*):** Đi tiểu bị ngắt quãng giữa dòng, do có vật lạ (sỏi, u) trong lòng bàng quang làm nghẽn.
- **Đái dầm:** Do thần kinh chưa hoàn chỉnh (trẻ nhỏ) hoặc bệnh lý (người lớn). Có thể gặp do những bất thường ở phần thấp của hệ tiết niệu như cổ bàng quang.
- **Đái buốt**
 - + Là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang, mỗi khi đi tiểu. Vì co buốt nên người bệnh không giắt đái mạnh thành tia mà chỉ thành từng giọt rơi xuống đầu ngón chân. Ở trẻ em, mỗi khi đái phải kêu khóc nhăn nhó, và thường phải xoa quy đầu ở trong lòng hai bàn tay.
 - + Còn có hiện tượng khi đi đái tới cuối bãi, bệnh nhân thấy buốt ở vùng hạ vị lan ra dương vật (ở nam) hoặc bộ phận sinh dục ngoài (ở nữ). Đái buốt thường đi kèm với đái rất...
- **Đái khó**
 - + Đái khó là hiện tượng phải rặn mới đái được, nước tiểu chảy chậm không thành tia, có khi đái ngắt quãng.
 - + Đái khó chứng tỏ có cản trở ở vùng cổ bàng quang như: u vùng cổ bàng quang, u tuyến tiền liệt; hoặc cản trở ở niệu đạo như: sỏi niệu đạo, chít hẹp niệu đạo do viêm, do chấn thương.

- *Đái không tự chủ (Urinary incontinence)*
 - + Đái không tự chủ là hiện tượng nước tiểu tự động chảy ra, ngoài ý muốn của bệnh nhân. Có bị són tiểu khi bật cười, ho, hắt hơi? Són tiểu khi bị căng thẳng (stress)?
 - + Đái không tự chủ có thể do nguyên nhân tại bàng quang hay niệu đạo (như chấn thương vùng bàng quang hay niệu đạo); có thể do nguyên nhân từ tuỷ sống (như chấn thương hoặc vết thương gây tổn thương các đốt tuỷ cùng); cũng có thể do bệnh nhân bị bí đái kéo dài làm thành bàng quang không còn khả năng co giãn, bàng quang trở thành một “bình” chứa nước tiểu trong khi nước tiểu tiếp tục được bài tiết từ thân xuống, do đó nước tiểu từ bàng quang chảy ra theo niệu đạo từng giọt và luôn có cầu bàng quang.
- *Đái nhiều về đêm (Nocturia)*
 - + Đái đêm được coi là bệnh lý khi bệnh nhân phải đi đái nhiều lần trong đêm và kéo dài nhiều tháng. Bệnh nhân đang ngủ phải thức dậy để đi tiểu? Bao nhiêu lần một đêm?
 - + Đái đêm là biểu hiện của giảm khả năng cô đặc nước tiểu của thân. (Khi làm nghiệm pháp Zimniski thấy số lượng nước tiểu ban đêm nhiều hơn ban ngày).
 - + Đái đêm thường gặp trong các bệnh gây giảm khả năng cô đặc nước tiểu của thân (như viêm thân-bể thận mạn, viêm thận kẽ mạn do thuốc, suy thận mạn...), hoặc ở người già do khả năng cô đặc nước tiểu của thân bị suy giảm.
- *Bí đái*
 - + Bí đái là trường hợp không đái được trong khi nước tiểu vẫn được bài tiết từ thân xuống và bị ứ lại ở bàng quang. Khi bí đái, thận vẫn làm việc được, bàng quang đầy nước tiểu nhưng người bệnh không đi đái được. Khác hẳn với vô niệu, người bệnh không đi đái vì thận không lọc được nước tiểu, bàng quang trống rỗng.
 - + Phải chú ý phân biệt với vô niệu: vô niệu là không có nước tiểu từ thân xuống bàng quang, không có nước tiểu trong bàng quang nên không có cầu bàng quang và thông đái không có nước tiểu; còn bí đái là nước tiểu bị ứ ở bàng quang nên có cầu bàng quang, thông đái có nhiều nước tiểu và cầu bàng quang xẹp xuống.

C. Các triệu chứng về rối loạn bài tiết:

Là các triệu chứng như đái nhiều, đái ít-thiểu niệu, vô niệu - hỏi người bệnh về các triệu chứng này nếu họ đã từng thấy hoặc thường xuyên xảy ra, đặc biệt họ dễ mô tả lại cho thầy thuốc khi đã từng nằm viện hoặc đã điều trị vì bệnh lý có các dấu hiệu đó. (các dấu hiệu này nếu có - cần được kiểm tra kỹ hơn trong phần khám cùng với các xét nghiệm liên quan).

Khi rối loạn bài tiết có sự thay đổi số lượng nước tiểu - tùy theo mức độ như sau:

- *Đái nhiều*
 - + Khi đái trên 2 lít mỗi ngày là đái nhiều (với điều kiện: nghỉ ngơi trên giường, lượng nước đưa vào trong 24 giờ không nhiều quá - trung bình là 1,5 lít, không dùng các thuốc lợi tiểu, ăn bình thường thì mỗi người đái mỗi ngày từ 1,2 – 1,7 lít nếu là đàn ông; 1,1 -1,5 lít nếu là đàn bà).
- *Đái ít (thiểu niệu, Oliguria)* lượng nước tiểu 24 giờ được từ 300 – 500ml. thường chia làm 2 loại:
 - + Đái ít với nước tiểu có nồng độ các chất hoà tan cao: nước tiểu thường xẫm màu (làm xét nghiệm có tỉ trọng nước tiểu cao trên 1,020; độ thẩm thấu nước tiểu cao trên 600mOsm/kg H₂O; nồng độ urê trong nước tiểu cao). Nguyên nhân thường do uống ít nước, do tình trạng mất nước của cơ thể, do suy thân chức năng...
 - + Đái ít với nước tiểu có nồng độ các chất hoà tan thấp: nước tiểu thường nhạt màu (XN tỉ trọng nước tiểu thấp; độ thẩm thấu nước tiểu thấp; nồng độ urê trong nước tiểu thấp). Nguyên nhân thường do suy thân cấp thực thể hay suy thân mạn.
- *Vô niệu (anuria/R34 – ICD-10):*
 - + Khi số lượng nước tiểu < 100ml/24giờ thì được gọi là vô niệu.
 - + Chỉ có vô niệu bệnh lý, không có vô niệu sinh lý. Vô niệu là trạng thái bệnh lý rất nặng, gây ra nhiều rối loạn nội môi và đe dọa tính mạng bệnh nhân.

D. Các triệu chứng về rối loạn tính chất nước tiểu:

Là các triệu chứng như đái mủ, đái máu, đái dưỡng chấp - có thể hỏi người bệnh về các triệu chứng này nếu đã từng thấy hoặc thường xuyên xảy ra, đặc biệt họ dễ mô tả lại cho thầy thuốc khi đã từng nằm viện hoặc đã điều trị vì bệnh lý có các dấu hiệu đó. (các dấu hiệu này nếu có - cần được kiểm tra kỹ hơn trong phần khám cùng với các xét nghiệm liên quan).

- Đái ra mủ:

- + Nếu mủ nhiều có thể nhận thấy bằng mắt thường, nước tiểu có màu đục bẩn, có nhiều sợi mủ, để lâu mủ lắng xuống thành một lớp ở dưới.
- + Nếu mủ ít thì nước tiểu đục trắng, có các dây mủ lớn vờn. Xét nghiệm nước tiểu thấy có nhiều tế bào mủ là các bạch cầu đa nhân thoái hoá.

- Đái ra máu đại thể:

- + Đái ra máu đại thể là đái ra máu với số lượng nhiều, đủ để làm thay đổi màu sắc nước tiểu. Nước tiểu có màu hồng cho đến màu đỏ, khi để lâu thì hồng cầu sẽ lắng xuống dưới. Lượng máu tối thiểu bắt đầu làm thay đổi màu sắc nước tiểu vào khoảng 1ml máu cho 1lít nước tiểu.
- + Để chẩn đoán vị trí chảy máu có thể nhận định sơ bộ bằng nghiệm pháp 3 cốc

- Đái ra hemoglobin:

- + Đái ra hemoglobin còn gọi là đái ra huyết cầu tố. Nước tiểu có màu đỏ hoặc xám đen, khi để lâu hoặc ly tâm không có lắng cặn hồng cầu. Soi dưới kính hiển vi không có hồng cầu trong nước tiểu.
- + Đái ra hemoglobin không phải do bệnh lý tại thân mà do tan máu.

- Đái ra dưỡng chấp:

- + Nước tiểu đục như sữa hoặc như nước vo gạo, khi để lâu thì nước tiểu sẽ tạo thành 3 lớp: lớp trên đông như thạch, lớp giữa có màu trắng sữa, lớp cuối là cặn .
- + Nước tiểu bình thường không có dưỡng chấp, chỉ đái ra dưỡng chấp khi có một lỗ dò từ bạch mạch vào đường niệu, thường là vào vùng đài-bể thân.

E. Các triệu chứng về rối loạn chuyển hóa và nội tiết

Như nôn, nhức đầu, khó thở... có thể hỏi người bệnh về các triệu chứng đã từng hoặc thường xuyên xảy ra nêu trên, đặc biệt họ dễ mô tả lại cho thầy thuốc khi đã từng nằm viện hoặc điều trị vì bệnh lý có các dấu hiệu đó.

F. Phù do thận

Phù là triệu chứng sớm và thường gặp của các bệnh cầu thận. Phù do thận có đặc điểm là xuất hiện đầu tiên ở mi mắt (vì mi mắt có nhiều tổ chức lỏng lẻo, áp lực trong tổ chức thấp), mặt rồi mới phù toàn thân. Phù nặng hơn vào buổi sáng, phù trắng, mềm, ấn lõm, tăng lên khi ăn mặn và giảm khi ăn nhạt.

G. Sốt kiểu tiết niệu - Hỏi người bệnh về các triệu chứng đã từng thấy hoặc thường xuyên xảy ra như:

Ở trẻ nữ nhi: có thể sốt hoặc hạ thân nhiệt

Ở trẻ bú mẹ: sốt kéo dài không rõ nguyên nhân, sốt rét run, da xanh tái

Trẻ lớn: sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn

Nhiễm khuẩn tiết niệu trên (viêm thận-bể thận): Sốt cao rét run, đau cấp tính vùng thận & đái nước tiểu đục toàn bãi.

Sốt kiểu nhiễm khuẩn tiết niệu dưới: Mức độ nặng nhẹ, liên hệ với đau, rối loạn đi tiểu, thay đổi dạng nước tiểu không.

Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history) - hỏi người bệnh về:

- Bệnh tiết niệu:
 - + Nhiễm trùng đường tiểu định kỳ (UTIs)
 - + Không kiểm chế - sự căng thẳng /kiềm chế không tự chủ về chức năng
 - + Các vấn đề tuyến tiền liệt - ung thư / u tuyến tiền liệt lành tính
 - + Bệnh thận - viêm thận / sỏi thận / suy thận mạn tính
- Các điều kiện y tế khác - ví dụ như bệnh tiểu đường có xu hướng nhiễm UTI
- Lịch sử phẫu thuật phẫu thuật bàng quang / phẫu thuật thận
- Nhập viện cấp tính? - khi nào và tại sao?

Tiền sử dùng thuốc (drug history) - hỏi người bệnh về:

- Thuốc kê đơn có liên quan:
 - + Thuốc lợi tiểu - có thể góp phần mất ngủ ban đêm / mất kiểm soát
 - + Chẹn alpha - thường được sử dụng trong sự phì đại tuyến tiền liệt
 - + Các chất độc thận - ví dụ như chất ức chế ACE
 - + Kháng sinh - người có UTI tái phát thường dùng kháng sinh dự phòng
- Các loại thuốc thường dùng - NSAIDS
- Thuốc thảo dược
- Các thuốc gây dị ứng?

Tiền sử gia đình - hỏi người bệnh về:

- Bệnh tiết niệu - tăng nguy cơ bệnh thận nếu cha mẹ trước đó bị bệnh
- Bệnh di truyền – thận đa nang
- Các điều kiện y tế đáng chú ý khác

Vấn đề sinh hoạt & xã hội - hỏi người bệnh về:

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
 - + *Anh uống bao nhiêu chai bia mỗi tuần?*
- Sử dụng thuốc giải trí - sử dụng ma túy IV là một yếu tố nguy cơ viêm gan

Nghề nghiệp

- Tăng nguy cơ ung thư bàng quang ở những người làm việc trong các ngành công nghiệp cụ thể - thuốc nhuộm công nghiệp / hàng dệt / cao su / plastic / da thuộc da.

Tình hình cuộc sống:

- Ai sống với bệnh nhân?
 - + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

Hỏi thăm dò các hệ thống khác (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

- Cảm ơn bệnh nhân
- Tóm tắt lịch sử

7.1.2 Các bước (qui trình) trong thăm khám thực thể hệ tiết niệu

Thầy thuốc:

- Mặc áo blouse, đội nón, mang khẩu trang, mang găng tay sạch khi khám . Tác phong: nghiêm túc, chuyên nghiệp
- Tư thế thăm khám: đứng, ngồi ghé một bên giường bệnh, hoặc ngồi trên ghế cạnh giường bệnh đều được (tùy theo độ cao của giường bệnh và tầm vóc người khám). Luôn luôn phải khám hai bên, khi khám bên trái hay phải, người khám phải di chuyển sang bên khám, không nên cúi người qua để khám bên đối diện vì thiếu chính xác. Cũng có thể yêu cầu bệnh nhân ngồi dậy và thay đổi bên bằng cách trở đầu nằm, nếu bên đối diện sát vách.
- Tiêu chuẩn y đức:
 - + Khi khám bệnh nhân là người khác phái, cần có mặt thêm nhân viên thứ 2 ngoài người khám bệnh (môt nữ điều dưỡng kiêm phụ tá thăm khám).
 - + Khi khám bệnh nhân nữ chưa có quan hệ tình dục, còn màng trinh, không được thăm âm đạo. Nếu cần thiết phải thăm khám âm đạo, phải thông qua hội chuẩn, khám xong có ghi biên bản và chứng nhận trình tiết cho bệnh nhân.

Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm về thăm khám.
- Giúp BN bộc lộ vùng khám, giúp bệnh nhân có tư thế khám đúng: tư thế có thể thay đổi tùy theo quá trình. Đầu tiên cho bệnh nhân nằm tư thế thoải mái: Tư thế nằm ngửa chống chân, dạng hoặc không dạng chân → Tư thế nằm nghiêng phải hay trái. → Tư thế đứng. → Tư thế ngồi. → Tư thế sản phụ khoa

Giới thiệu (nếu không có phần hỏi/trong OSCE hay áp dụng)

- Bắt đầu bằng rửa tay - Giới thiệu bản thân
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / DOB
- Giải thích việc kiểm tra - Nhận được sự đồng ý
- Đặt bệnh nhân ở 45° .



Kiểm tra chung

- Đánh giá bệnh nhân từ cuối giường
 - + Nhìn xung quanh giường bệnh xem có các túi (bao gồm lượng nước tiểu và màu sắc) hoặc túi lọc thẩm phân phúc mạc
 - + Kiểm tra da của bệnh nhân tìm dấu hiệu bầm tím, nhiễm uranemia, vết xước, hoặc phát ban mạch; Da trầy - ngứa - suy thận
- Tình trạng của bệnh nhân - đau đớn? / Kích động? / bối rối?
- Hình thái cơ thể - béo phì / BMI
- Thiếu máu - nhạt màu rõ ràng cho thấy thiếu máu đáng kể - ví dụ như suy thận
- Bụng trướng - cổ trướng
- Băng bó - có thể bao phủ vết thương vết thương - nhiễm trùng / chảy máu



1. Khám tay – cổ mặt

- Luôn bắt đầu bằng khám tay.
- Kiểm tra
 - + các nếp nhăn của mu bàn tay; Đánh giá mức độ ngấm nước trong da của bệnh nhân: kéo nhẹ da trên mu tay hoặc cánh tay bệnh nhân lên trên; Tốc độ quay trở lại như cũ khi được buông ra tương ứng với mức độ ứ nước nhiều ít
 - + Gan bàn tay và lòng bàn chân trắng nhợt nhạt, da khô, ngứa, nhiều vết xước do gãi
- Đo thời gian phục hồi mao mạch
 - + Nên ngắn hơn 2 giây
- Cảm cảm nhận nhiệt độ bàn tay
- Tìm các dấu hiệu của tăng ure máu mạn (tay lạnh, xanh xám, ngứa, mốc da...)
- Đo kiểm tra huyết áp
- Tìm sự có mặt của các đường rò động tĩnh mạch (lọc máu).
 - + Tìm kiếm các dấu hiệu của việc sử dụng găng dây (ví dụ như băng dính hoặc các điểm chọc kim)
 - + Rung mưu, tiếng thổi thông động tĩnh mạch
 - + Nâng cao chi trên và đánh giá tốc độ xẹp mạch của nó



Cổ và mắt.

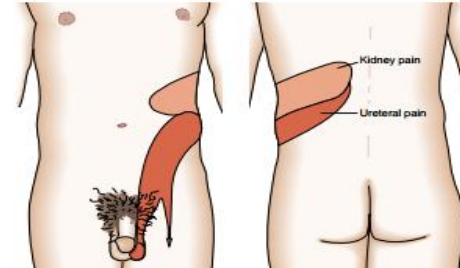
- Đánh giá áp lực tĩnh mạch cổ (JVP)
 - + Bị ảnh hưởng bởi trạng thái ứ dịch và mức co bóp của tim
 - + Nếu không chắc chắn giữa xung động mạch cảnh và JVP, nhấn nhẹ nhàng vùng trên đòn; Nếu mạch đập biến mất, chỉ có thể là JVP.
- Khám mắt bệnh nhân
 - + Kiểm tra dải đục (arcus) hoặc dải vàng (xanthlasma) trong giác mạc, có cả hai đều là dấu hiệu tăng lipid máu (thấy trong hội chứng thận hư)
 - + Yêu cầu bệnh nhân kéo mí mắt xuống: Kêt mạc vàng nhạt (gợi ý thiếu máu có thể xảy ra)
 - + Tổn thương đáy mắt do tăng huyết áp là một phần do nhiễm độc urê.
- Phù do thận:
 - + Phù là triệu chứng sớm và thường gặp của các bệnh cầu thận. Phù do thận có đặc điểm là xuất hiện đầu tiên ở mi mắt (vì mi mắt có nhiều tổ chức lỏng lẻo, áp lực trong tổ chức thấp), mặt rồi mới phù toàn thân.
 - + Phù nặng hơn vào buổi sáng, phù trắng, mềm, ấn lõm, tăng lên khi ăn mặn và giảm khi ăn nhạt.
- Yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra ngoài: Đánh giá độ ẩm của rêu lưỡi
 - + Đen trong các bệnh urê máu cao.
 - + Nhọt nhạt, mất gai trong thiếu máu..



2. Khám thận và niệu quản

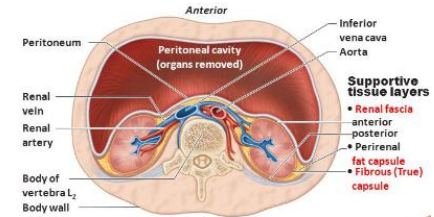
2.1. Nhìn trong khám thận

- Bệnh nhân ngồi ngay ngắn và quay về phía thầy thuốc. Thầy thuốc quan sát hai hố lưng để so sánh. Nếu thận to một bên, hố thắt lưng bên thận to sẽ vòng hơn so với bên đối diện, thận to sẽ di động theo nhịp thở.
- Ngoài dấu hiệu thận to, ta có thể thấy các dấu hiệu bất thường khác: da vùng hố thắt lưng tấy đỏ, phù nề do viêm tấy quanh thận (áp xe quanh thận) hoặc phù nề do tình trạng dò nước tiểu ở bệnh nhân phẫu thuật lấy sỏi nhiều lần.
- Bệnh nhân nằm ngửa: chân hơi co hoặc duỗi thẳng, thầy thuốc quan sát vùng hạ sườn hai bên để phát hiện thận to. Vùng hạ sườn bên thận to sẽ vòng cao hơn so với bên đối diện. Thận to thường gặp trong thận ứ nước, ứ mủ do sỏi niệu quản, u thận.
- Phát hiện cổ trướng: bụng to bè, rốn lồi; cổ trướng tự do không có tuần hoàn bàng hệ.
- Nhìn có thể phát hiện cầu bàng quang: khối bất thường vòng cao so với bình thường ở vùng hạ vị ngay trên xương mu, đôi khi rất to dễ nhầm với khối u trong ổ bụng. Chẩn đoán chắc chắn cầu bàng quang bằng siêu âm và thông đái.



2. 2. Sờ thận - có một số phương pháp khám cơ bản sau:

- Phương pháp Guyon: Đây là phương pháp thường dùng nhất vì nó áp dụng cho mọi đối tượng kể cả trẻ em và người lớn, người béo cũng như gầy. Người bình thường do thận nằm áp dưới vòm hoành nên chỉ sờ được cực dưới. Cách khám:
 - + Bệnh nhân nằm ngửa, cẳng chân gấp vào đùi, đùi tạo với mặt giường một góc 45 độ, hai tay để thoải mái lên ngực, thở đều bằng bụng. Bộc lộ quần áo từ mũi ức đến gai chậu trước trên hai bên.
 - + Thầy thuốc ngồi bên thận định khám, khám thận bằng 2 tay. Tay của thầy thuốc cùng bên với thận định khám đặt lên vùng mạng sườn (dưới bờ sườn) ở bên ngoài khối cơ thẳng to, áp cả lòng bàn tay xuống thành bụng bệnh nhân.
 - + Tay kia của thầy thuốc đặt vùng hố thận sao cho ngón trở dọc theo xương sườn 12, cố gắng áp lòng bàn tay vào vùng hố thận.
 - + Sau đó tìm 2 dấu hiệu chạm thận và bập bênh thận (mô tả ở mục 2.2.1 & 2.2.2)
- Phương pháp Israele: Cách làm giống như phương pháp Guyon chỉ khác là bệnh nhân nằm nghiêng về bên đối diện. Phương pháp này khám thận chủ yếu tính chất di động của thận nhất là trường hợp thận sa.
- Phương pháp Glana: Bệnh nhân nằm ngửa, tay duỗi, đùi hợp với mặt giường góc 45 độ, cẳng chân gấp vào đùi 120 độ (như phương pháp Guyon). Thầy thuốc ngồi bên thận định khám như phương pháp Guyon khám bằng một bàn tay, trong đó ngón cái phía trước 4 ngón kia phía sau. Phương pháp này chỉ áp dụng cho người gầy và trẻ nhỏ.



2.2.1 Nghiệm pháp chạm thận hay "chạm hông lưng":

Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay để lên đầu, bộc lộ toàn bộ vùng bụng. Người thầy thuốc ngồi cạnh bên bệnh nhân, bên trái hoặc bên phải tùy theo điều kiện nơi khám bệnh. Thông thường, thầy thuốc ngồi bên phải, hướng dẫn bệnh nhân cách thở bằng bụng, bệnh nhân nằm quay mặt bên đối diện.

– Nghiệm pháp chạm thận phải:

Bàn tay phải của thầy thuốc đặt vào hố thắt lưng, tay trái đặt vào vùng mạng sườn trái. Bảo bệnh nhân thở đều. Tay phải ở vùng hố thắt lưng giữ yên, tay trái ở phía trên và dùng lực các ngón tay trái ấn từ trên xuống, từ ngoài vào trong và từ trong ra ngoài nhiều lần ở thời kỳ thở vào (thận sa xuống thấp hơn trong thì thở vào). Nếu thận to sẽ chạm vào lòng bàn tay phải ở phía dưới gọi là nghiệm pháp chạm thận (+), cần thao tác nhiều lần để tránh dương tính giả.

– Nghiệm pháp chạm thận trái:

Tư thế bệnh nhân và thầy thuốc tương tự như trong phương pháp chạm thận phải, nhưng khi làm nghiệm pháp chạm thận trái, tay trái đặt ở hố thắt lưng trái, tay phải đặt ở phía trên (vùng hạ sườn trái). Thao tác chạm thận trái giống như thao tác chạm thận phải.



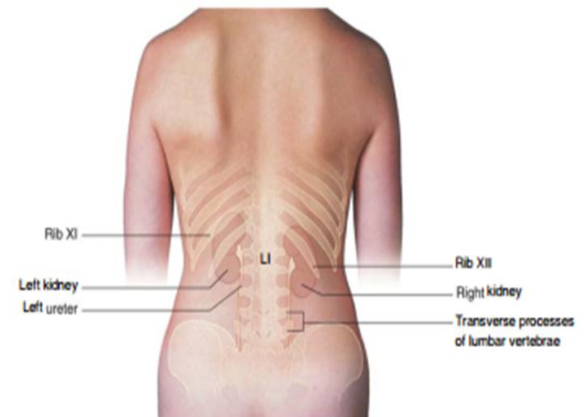
2.2.2 Nghiệm pháp bập bênh thận:

- Tư thế bệnh nhân và tư thế thầy thuốc giống như tư thế của bệnh nhân và thầy thuốc trong thao tác nghiệm pháp chạm thận.
- Trong nghiệm pháp bập bênh thận, bàn tay đặt ở vùng hạ sườn và tay đặt ở vùng hố thắt lưng, động tác như khi làm chạm thận-sau đó thả nhẹ tay trên, tay dưới hất ngược lên, chú ý làm khi người bệnh bắt đầu thở ra, cần đẩy nhanh và mạnh hơn một chút với làm chạm thận vì đẩy chậm sẽ không có kết quả. Nếu thận to, thận sẽ chạm vào lòng bàn tay đặt ở trên và dưới với cảm giác như chạm vào một khối tròn, gọi là bập bênh thận (+).
- Chạm thận (+) và bập bênh thận (+) là dấu hiệu của hội chứng thận to: thận to do thận đa nang, chạm thận và bập bênh thận (+) cả hai bên, thận ứ nước, ứ mủ. Cần xác định thận to bằng phương pháp siêu âm, chụp thận thường, thận thuốc và CT (chụp cắt lớp điện toán) .



2.2.3 Các điểm đau phía sau:

- Điểm sườn lưng: là giao điểm của xương sườn thứ 12 và cơ thắt lưng. Dùng 3 ngón tay ấn điểm cần khám. Điểm này tương ứng với thận và bể thận. Ấn điểm sườn lưng đau khi có cơn đau quặn thận, viêm đài bể thận cấp.
- Điểm sườn sống: là giao điểm xương sườn thứ 12 và mỏm ngang đốt sống lưng thứ 12 (điểm Mayo-Robson), đau gập trong viêm tụy cấp, viêm đài bể thận cấp



2.3. Gõ thận:

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, ngay ngắn, bộc lộ toàn bộ thành bụng. Tư thế thầy thuốc: ngồi cạnh bệnh nhân (bên phải hoặc bên trái).
- Thao tác:
 - + Tay trái của thầy thuốc đặt song song với khoảng gian sườn từ V - VI, dùng ngón trỏ bàn tay phải gõ lên ngón giữa bàn tay trái. Tiến hành gõ liên tục từ vùng gian sườn V - VI xuống vùng hố chậu.
 - + Nếu thận không to thì gõ vang vì phía trước thận là các tạng rỗng (ruột non, ruột già); nếu u trong ổ bụng hoặc gan, lách to thì gõ sẽ đục liên tục từ trên xuống.
- Thận to nhưng thường gõ trong - là do bị đại tràng che phủ. Gõ đục gặp trong bứu đại tràng, bứu gan, lách. Tuy nhiên nếu khối u thận to quá, đẩy đại tràng xuống dưới thì có thể gõ đục.
- Gõ cũng có giá trị đặc biệt trong xác định ranh giới của một khối đang lớn dần ở vùng hông sau chấn thương thận (xuất huyết tiến triển) khi cảm giác đau và co thắt cơ làm cho việc sờ thận khó khăn.

2.4. Rung thận (nghiệm pháp vỗ hông lưng; dấu hiệu đấm lưng - Paternasky):

- Người thầy thuốc ngồi phía sau bệnh nhân, bệnh nhân ngồi phía trước quay lưng về phía thầy thuốc.
- Bàn tay trái thầy thuốc đặt lên vùng hố thắt lưng bệnh nhân, tay phải đấm nhẹ lên mu bàn tay trái, nếu BN kêu đau thì gọi là rung thận (+).
- Rung thận (+) thường gặp:
 - + Sỏi niệu quản: khi làm nghiệm pháp rung thận bệnh nhân kêu đau do di chuyển của hòn sỏi và có thể đái máu đại thể hoặc đái máu vi thể. Khi chưa có chụp X quang, nghiệm pháp rung thận được sử dụng để chẩn đoán sỏi thận. Sau khi làm nghiệm pháp rung thận nếu đái máu đại thể hoặc vi thể phải nghĩ đến sỏi thận.
 - + Viêm bể thận-thận: đau lưng, sốt, bạch cầu niệu, protein niệu. Áp xe quanh thận, viêm tấy quanh thận. Thận ứ nước, ứ mủ.



2. 5. Khám niệu quản: Ở người bình thường không có bệnh lý của hệ tiết niệu người bệnh không đau. Trong một số trường hợp có bệnh thuộc hệ tiết niệu hoặc cơ quan lân cận có thể đau ở một số điểm.

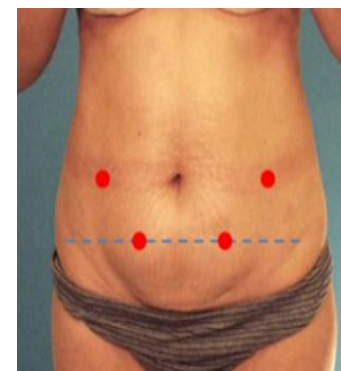
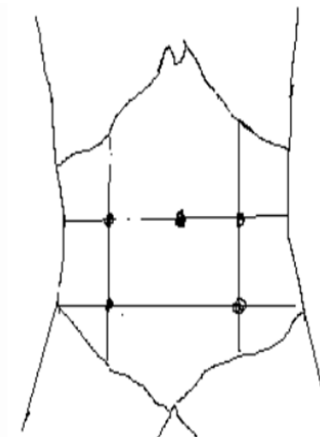
– Theo cổ điển các vị trí sau có thể khám thấy:

- + Điểm đau niệu quản trên (ứng với điểm nối bể thận - niệu quản) kẻ một đường ngang qua rốn gập bờ ngoài cơ thẳng to, hoặc 3 khoát ngón tay cách ngang rốn - tương ứng đốt sống thắt lưng L2).
- + Điểm đau niệu quản giữa (Xác định điểm niệu quản giữa: kẻ đường nối hai gai chậu trước, điểm tiếp nối giữa 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường liên gai chậu trước trên là điểm niệu quản giữa. Thao tác khám điểm niệu quản giữa tương tự như thao tác khám điểm niệu quản trên).
- + Điểm đau niệu quản dưới (phải thăm trực tràng âm đạo mới thấy).

– Để khám điểm niệu quản - đầu tiên xác định điểm niệu quản như đã nêu trên, sau đó một tay đỡ dưới hông lưng, dùng 3 đầu ngón của bàn tay còn lại đặt song song với bờ ngoài cơ thẳng to, ấn sâu xuống điểm niệu quản một cách từ từ, vừa ấn vừa quan sát nét mặt người bệnh

– Điểm đau niệu quản thường là dấu chứng của sỏi niệu quản, nhưng ít giá trị vì niệu quản nằm sâu sau phúc mạc và bị nhiều cơ quan che lấp (thành bụng, đại tràng). Nhưng sỏi niệu quản thường biểu hiện rõ qua cơn đau bão thận điển hình.

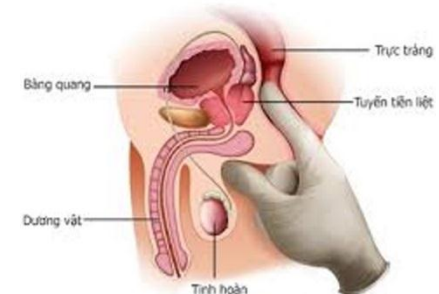
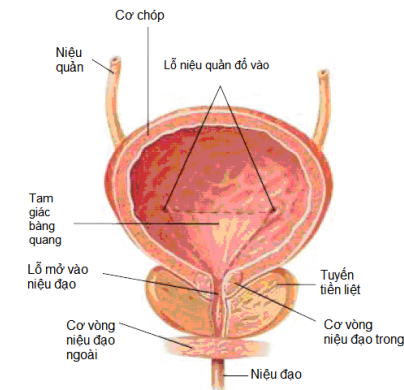
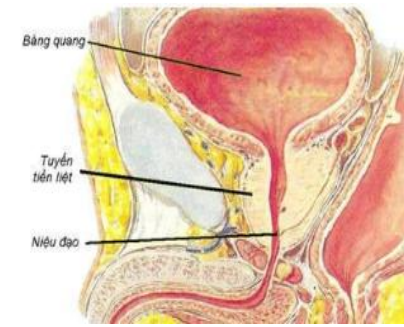
– Điểm đau niệu quản giữa bên phải dễ nhầm với điểm đau Mc Burney và viêm ruột thừa, điểm đau Mc Burney nông hơn, đau rõ, đau chói, có phản ứng dội (rebound tenderness), theo diễn tiến của bệnh, sỏi thận có triệu chứng lui dần, còn viêm ruột thừa thì ngày càng đau.



3. Khám bàng quang

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc ngồi hoặc đứng cạnh bệnh nhân, lần lượt tiến hành các thao tác sau:

- Nhìn: Bình thường, bàng quang nằm trong khung chậu phía sau xương mu và chỉ nhìn thấy khi bàng quang to. Bàng quang to sẽ vượt cao hơn xương mu. Quan sát phía trên xương mu ta thấy một khối tròn vồng lên. Nếu bàng quang to do bí đái người ta gọi là “cầu bàng quang”. Nhiều trường hợp bàng quang rất to tương tự như khối u vùng hạ vị.
- Sờ: Sờ phía trên gai mu nếu bàng quang to ta có thể sờ thấy dễ dàng. Bàng quang to do ứ nước tiểu, bệnh nhân có cảm giác đau tức rất khó chịu, bệnh nhân rất sợ khám, nhất là những trường hợp bí đái cấp tính do u tiền liệt tuyến. Ngoài bàng quang to do bí đái, bàng quang to có thể do u bàng quang, ở phụ nữ thường gặp u xơ tử cung, thai tháng thứ 3 trở đi.
- Gõ: Gõ giúp chúng ta xác định ranh giới khối u, kích thước của khối u. Để xác định cầu bàng quang do bí đái hay các khối u vùng khung chậu bé, người ta tiến hành thông đái, siêu âm: siêu âm bàng quang, tử cung, tiền liệt tuyến, buồng trứng. Nguyên nhân của cầu bàng quang: u tiền liệt tuyến, đột quỵ não, u tủy, viêm tủy, thoát vị đĩa đệm.



4. Khám niệu đạo

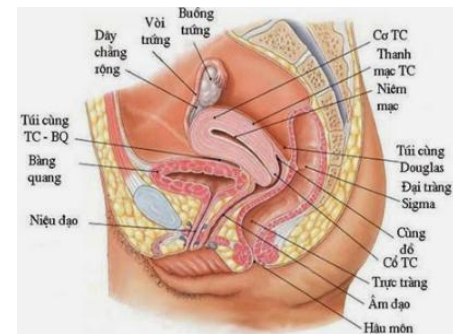
Ở nam:

- Nhìn: Lỗ niệu đạo ở mặt dưới dương vật, lỗ niệu đạo ở nam có thể bị da qui đầu che phủ, khi khám phải kéo da qui đầu xuống. Có thể thấy bựa trắng ở rãnh bên trong da qui đầu nếu không vệ sinh sạch sẽ.
- Khám: sờ từ đầu dương vật lên đến niệu đạo sau, bình thường mềm mại và không đau. Hẹp bao da qui đầu: bao da qui đầu không tuột ra được. Sùi, mồng gà ở rãnh da qui đầu; Lỗ niệu đạo chít hẹp, nằm lệch chỗ (trên hay dưới dương vật, gần hoặc xa dương vật);
- Bóp nhẹ đầu dương vật và qui đầu xem có dịch bất thường chảy ra ở lỗ niệu đạo như mủ, máu. Viêm niệu đạo cấp sờ nắn niệu đạo có thể làm bệnh nhân đau và có giọt mủ chảy ra ở lỗ niệu đạo .



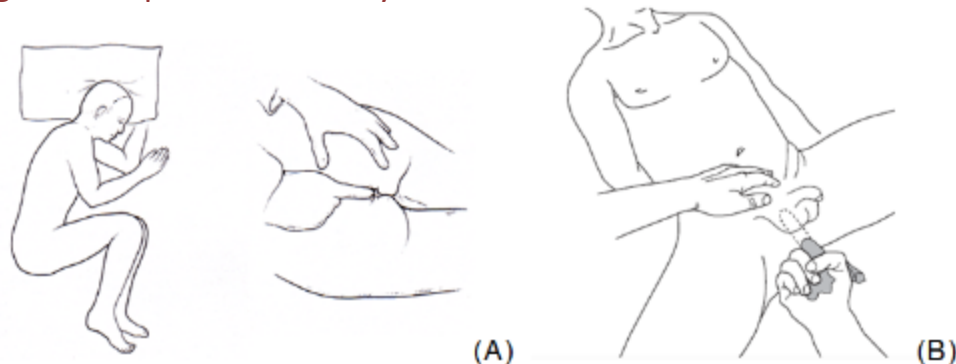
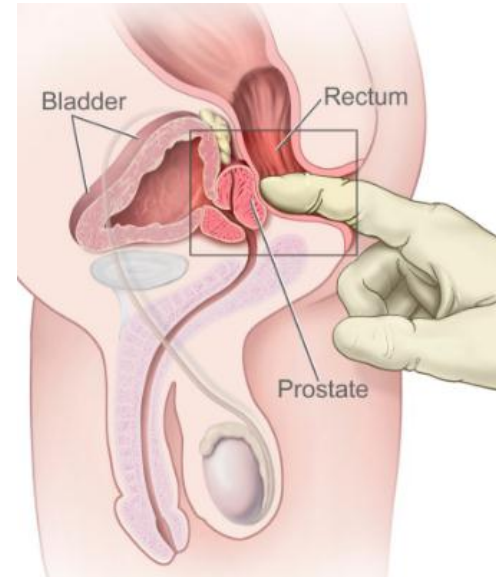
Ở nữ:

- Nhìn: Lỗ niệu đạo nằm dưới âm vật và trên lỗ âm đạo. Lỗ niệu đạo hay bị bứu lành (bứu nướm) che lấp và làm hẹp. Cho bệnh nhân ho, rặn nhẹ: thấy nước tiểu ra từ miệng niệu đạo trong bệnh tiểu không kiểm soát khi gắng sức, sa bàng quang, sa thành trước trực tràng, sa tử cung. Một số bệnh hoa liễu, bệnh sản phụ khoa như mào gà, viêm âm đạo, nang Bartholin, sa sinh dục...
- Thăm âm đạo có thể sờ nắn được dọc suốt niệu đạo, thăm khám âm đạo bằng hai ngón tay và một bàn tay kết hợp trên bụng (theo tiêu chuẩn thăm khám của ngành sản phụ khoa). Sờ dọc theo niệu đạo và thành sau bàng quang. Thăm khám và phát hiện: vùng cổ tử cung và các túi cùng âm đạo.



5. Khám tuyến tiền liệt

- Bệnh nhân nằm nghiêng hoặc nằm ngửa với hai chân dang rộng, gối gấp. Người khám đứng giữa hai đùi hay đứng bên phải. Dùng ngón tay trở có găng và bôi dầu trơn đưa vào lỗ hậu môn, nói bệnh nhân rặn. Sờ tuyến tiền liệt theo hướng từ phải, giữa, sang trái và từ đỉnh xuống đáy. Cần kết hợp đánh giá cơ vòng hậu môn, trực tràng và bàng quang (bệnh nhân phải đi tiểu hết trước khi khám).
- Tuyến tiền liệt bình thường khoảng 20 gam, to hơn ngón cái một chút, mật độ mềm đều căng tương tự như chóp mũi, có rãnh giữa phân biệt hai thùy, ranh giới rõ, không đau.
- Bệnh lý: Tuyến tiền liệt phì đại lành tính thường to, mật độ mềm đều căng, mất rãnh giữa, ranh giới rõ ràng. Tuyến tiền liệt ung thư có thể có nhân cứng hoặc là một khối u rắn chắc không cân đối, ranh giới không rõ, không di động. Tuyến tiền liệt viêm cấp căng to, nóng và rất đau, có thể gây bí tiểu cấp (không nên sờ tuyến tiền liệt đang viêm cấp do có thể đẩy vi khuẩn vào máu gây nhiễm trùng)



(A) Tư thế nằm nghiêng trái khi khám tuyến tiền liệt, (B) Tư thế nằm ngửa

6. Cuối cùng, cho bệnh nhân ngồi cúi về phía trước, nhận cảm về phù xương mông và cũng có thể đánh giá mắt cá chân có phù không?.
- Phù là triệu chứng rất thường gặp trong bệnh cầu thận. Phù mềm, phù trắng ấn lõm, khởi phát đột ngột không rõ căn nguyên và có xu hướng tăng dần.
 - Phù hai chân: trước xương chày, quanh mắt cá, nề mu bàn chân, nề vùng cẳng cụt và dưới da đầu. Tràn dịch ổ bụng (cổ trướng), tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tinh hoàn.
7. Thu dọn dụng cụ; Giúp bệnh nhân trở về tư thế thoải mái, thông báo sơ bộ kết quả thăm khám và tư vấn hướng xử trí tiếp theo; Chào và cảm ơn NB; Ghi vào hồ sơ bệnh án.
8. Đề nghị đánh giá và điều tra thêm



7.1A - OSCE STEPS VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM TIẾT NIỆU (các bước khám/thi lâm sàng theo cấu trúc mục tiêu)

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
1	Chào & hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện, môi trường giao tiếp tốt, quần áo trang phục phù hợp...	<ul style="list-style-type: none"> - Hồ sơ bệnh án, sổ khám bệnh...bác sĩ mang trang phục đã quy định.Tạo thuận lợi & tạo thêm sự tin tưởng của người bệnh - BN được đặt ở tư thế phù hợp, bộc lộ vùng khám khi cần/Giúp thuận lợi cho việc khám - Tự giới thiệu bản thân & xác nhận – kiểm tra thông tin chi tiết về bệnh nhân / Tăng độ tin cậy khi giao tiếp & hạn chế nhầm lẫn đối tượng được khám 	Có phiếu KSK hoặc hồ sơ bệnh án, sổ sách phù hợp với quy định chuyên môn.	
			Có trang phục đúng qui định	
			Người bệnh phải được đặt ở tư thế thoải mái, phù hợp, bộc lộ đúng lúc khám	
			Có thực hiện tự giới thiệu	
			Có xác nhận kiểm tra thông tin về người bệnh	
2.	<p>Hỏi về bệnh sử của các triệu chứng chính</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hỏi các triệu chứng cơ năng về đau: <ul style="list-style-type: none"> + Cơ đau quặn thận + Đau âm ỉ vùng hố thắt lưng + Đau ở vùng niệu quản-bàng quang + Đau do trào ngược niệu quản - Hỏi các triệu chứng về rối loạn thải tiết: <ul style="list-style-type: none"> + Đái dắt + Đái không hết + Đái ngắt quãng + Đái dầm + Đái buốt + Đái khó + Đái không tự chủ + Đái nhiều về đêm + Bí đái - Hỏi các triệu chứng về rối loạn bài tiết: <ul style="list-style-type: none"> + Đái nhiều + Đái ít + Vô niệu - Triệu chứng về rối loạn tính chất nước tiểu: <ul style="list-style-type: none"> + Đái ra mủ + Đái ra máu đại thể + Đái ra hemoglobin + Đái ra dưỡng chấp - Các rối loạn chuyển hóa, nội tiết, phù, sốt: <ul style="list-style-type: none"> + Nôn, nhức đầu, khó thở, phù + Sốt kiểu tiết niệu 	<ul style="list-style-type: none"> - Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng đau của hệ tiết niệu. - Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng rối loạn thải tiết của hệ tiết niệu. - Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng rối loạn bài tiết của hệ tiết niệu. - Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng rối loạn tính chất của hệ tiết niệu. - Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng rối loạn chuyển hóa... của hệ tiết niệu. 	Có hỏi/đánh giá về cơn đau quặn thận	
			Có hỏi/đánh giá về đau vùng thắt lưng	
			Có hỏi/đánh giá về đau ở n. quản-bàng quang	
			Có hỏi/đánh giá về đau do trào ngược	
			Có hỏi/đánh giá về đái dắt	
			Có hỏi/đánh giá về đái không hết	
			Có hỏi/đánh giá về đái ngắt quãng	
			Có hỏi/đánh giá về đái dầm	
			Có hỏi/đánh giá về đái buốt	
			Có hỏi/đánh giá về đái khó	
			Có hỏi/đánh giá về đái không tự chủ	
			Có hỏi/đánh giá về đái nhiều về đêm	
			Có hỏi/đánh giá về bí đái	
			Có hỏi/đánh giá về đái nhiều	
			Có hỏi/đánh giá về đái ít	
			Có hỏi/đánh giá về vô niệu	
			Có hỏi/đánh giá về đái ra mủ	
			Có hỏi/đánh giá về đái ra máu đại thể	
			Có hỏi/đánh giá về đái ra hemoglobin	
			Có hỏi/đánh giá về đái ra dưỡng chấp	
Có hỏi/đánh giá về nôn, nhức đầu...				
Có hỏi/đánh giá về phù do thận	28			
Có hỏi/đánh giá về sốt kiểu tiết niệu				

3.	<ul style="list-style-type: none"> - Hỏi về tiền sử bệnh của cá nhân BN, như: + Bệnh tiết niệu đã mắc... + Tiền sử dùng thuốc I.quan tiết niệu... + Tiền sử phẫu thuật, nhập viện... + Tiền sử dị ứng "thuốc" (Allergies) - Hỏi khai thác tiền sử liên quan, như: + Bệnh di truyền như thận đa nang... + Nghề nghiệp, dân tộc, già... + Hút thuốc / uống rượu / ma túy... + Bệnh ở các hệ thống khác 	<ul style="list-style-type: none"> - Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến tiền sử các bệnh đã mắc và thuốc đã dùng, ...của chính người bệnh - Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng... giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến các tiền sử bệnh tật...của gia đình, môi trường sống 	Có hỏi về bệnh tiết niệu đã mắc của BN	
			Có hỏi về thuốc tiết niệu cần dùng...	
			Có hỏi về các phẫu thuật, nhập viện...	
			Có hỏi về dị ứng thuốc đã mắc	
			Có hỏi về các bệnh di truyền gia đình...	
			Có hỏi về môi trường sống,..	
			Có hỏi về Hút thuốc / rượu / ma túy...	
Có hỏi về các bệnh của hệ thống khác				
+	<p>Sau khi ghi bệnh sử, tiền sử vào hồ sơ bệnh án xong là lúc thông báo cho người bệnh là bạn bắt đầu chuyển sang phần khám bệnh.</p>	<p>Tạo được mối quan hệ thân thiện với NB. Người bệnh hiểu và đồng ý hợp tác Tạo tâm lý thoải mái cho người khám khỏi bị ngại ngùng, đột ngột, hoặc kém hợp tác</p>	Giải thích nhiệm vụ cần ngắn gọn, chính xác, dễ hiểu	
			Trật tự của quá trình thăm khám lần lượt, thứ tự theo qui trình hoặc thay đổi cho phù hợp theo đối tượng khám	
4.	<p>Xem xét theo qui trình từ tay - mặt cổ:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Bàn tay, đo huyết áp, JVP + Mắt, lưỡi, phù 	<p>Phát hiện & đánh giá các dấu hiệu bình thường và bất thường của các khu vực trên</p>	Biết khám & đánh giá khi xem xét bàn tay..	
			Biết khám & đánh giá khi x.xét mắt, lưỡi, phù	
5.	<p><i>Nhìn trong khám vùng thận - tiết niệu:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> + Da vùng thận + Cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ + Cầu bàng quang 	<p>Phát hiện & đánh giá các dấu hiệu bình thường và bất thường của khu vực thận-tiết niệu bằng kỹ năng nhìn</p>	Biết khám & đánh giá khi nhìn da vùng thận	
			Biết khám & đánh giá khi nhìn cổ trướng...	
			Biết khám & đánh giá khi nhìn cầu bàng quang	
6.	<p><i>Sờ trong khám vùng thận - tiết niệu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> + Theo phương pháp Guyon + Theo phương pháp Israele + Theo phương pháp Glena + Nghiệm pháp chạm thận + Nghiệm pháp bập bênh thận + Ấn các điểm đau sườn lưng, sườn sống 	<p>Phát hiện & đánh giá các dấu hiệu bình thường và bất thường của khu vực thận-tiết niệu bằng kỹ năng sờ</p>	Biết khám & đánh giá khi sờ theo pp Guyon	
			Biết khám & đánh giá khi sờ theo pp Israele	
			Biết khám & đánh giá khi sờ theo pp Glena	
			Biết khám & đánh giá khi khám chạm thận	
			Biết khám & đánh giá khi khám b.bệnh thận	
			Biết khám & đánh giá khi ấn các điểm đau	
7.	<p><i>Gõ trong khám vùng thận - tiết niệu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> + Gõ thận + Rung thận 	<p>Phát hiện & đánh giá các dấu hiệu bình thường và bất thường của khu vực thận-tiết niệu bằng kỹ năng gõ</p>	Biết khám & đánh giá khi gõ thận	
			Biết khám & đánh giá khi rung thận	

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
8.	<i>Khám niệu quản</i> + Điểm đau niệu quản trên + Điểm đau niệu quản giữa + Điểm đau niệu quản dưới <i>Khám bàng quang</i> + Nhìn + Sờ + Gõ	<ul style="list-style-type: none"> - Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của các điểm đau niệu quản - Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của bàng quang 	Biết khám & đánh giá điểm đau niệu quản trên	
			Biết khám & đánh giá điểm đau niệu quản giữa	
			Biết khám & đánh giá điểm đau niệu quản dưới	
			Biết khám & đánh giá khi nhìn vùng bàng quang	
			Biết khám & đánh giá khi sờ vùng bàng quang	
			Biết khám & đánh giá khi gõ vùng bàng quang	
9.	<i>Khám niệu đạo nam & nữ</i> + Nhìn và sờ, bóp đầu dương vật nam + Nhìn và thăm niệu đạo nữ <i>Khám tiền liệt tuyến (nam)</i> Thực hiện các bước khám tiền liệt tuyến của nam bằng cách sờ qua hậu môn	<ul style="list-style-type: none"> - Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám niệu đạo nam & nữ - Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường khi khám tiền liệt tuyến 	Biết khám & đánh giá khi khám niệu đạo nam.	
			Biết khám & đánh giá khi khám niệu đạo nữ.	
			Biết khám & đánh giá khi khám tiền liệt tuyến qua hậu môn.	
10.	<i>Kết thúc khám:</i> Thu dọn dụng cụ; Thông báo sơ bộ kết quả thăm khám... Ghi kết quả hỏi-khám vào hồ sơ bệnh án.	Thực hiện đúng về giao tiếp khi kết thúc... Đảm bảo nguyên tắc ghi hồ sơ bệnh án của cơ sở y tế.	Thu dọn dụng cụ; thông tin rõ ràng về bệnh;	
			Ghi hồ sơ bệnh án rõ ràng và đầy đủ.	

7.1B - CHECK SHEET (bảng kiểm) VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM HỆ TIẾT NIỆU

TT	Các bước thấy & thực hiện	Thang điểm				
		1	2	3	4	5
1	Chào & hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện, môi trường giao tiếp tốt, quần áo trang phục phù hợp...					
2	Hỏi về bệnh sử của các triệu chứng chính: Đau kiểu tiết niệu (âm ỉ, quặn thận, đau dùng niệu quản-dàng quang...); rối loạn thải tiết (đái dắt, đái buốt...); rối loạn bài tiết (đái ít, đái nhiều, vô niệu); rối loạn tính chất nước tiểu (đái mù, đái máu...); nôn, sốt.					
3	Hỏi về tiền sử bệnh của BN và liên quan: đã từng phẫu thuật thận-tiết niệu...; các bệnh di truyền về thận-tiết niệu; Tiền sử dị ứng "thuốc"?					
4	Thực hiện kỹ năng khám theo qui trình tay - mặt cổ					
5	Thực hiện kỹ năng nhìn trong khám vùng thận-tiết niệu					
6	Thực hiện kỹ năng sờ trong khám vùng thận-tiết niệu					
7	Thực hiện kỹ năng gõ trong khám vùng thận-tiết niệu					
8	Thực hiện kỹ năng khám niệu quản, bàng quang trong khám vùng thận-tiết niệu					
9	Thực hiện kỹ năng khám niệu đạo nam, nữ & khám tiền liệt tuyến quan hậu môn					
10	Hoàn thiện các mục của bệnh sử, tiền sử trong hồ sơ, cảm ơn người bệnh đã cộng tác khi kết thúc phần hỏi – khám và thông báo chuyển sang phần khác (xét nghiệm, ...)					

Tổng Điểm: / Điểm qui đổi:

Qui định: Chưa thấy/chưa làm = 1 đ; Thấy làm/làm nhưng chưa đúng = 2 điểm; Thấy làm/làm chưa đủ = 3 điểm; Thấy làm/làm chưa nhiều = 4 điểm; Thấy làm/làm nhiều, thành thạo = 5 điểm

Qui đổi: 1 – 5 = 1; 6 – 10 = 2; 11 – 15 = 3; 16 – 20 = 4; 21 – 25 = 5; 26 – 30 = 6; 31 – 35 = 7; 36 – 40 = 8; 41 – 45 = 9; 46 – 50 = 10

7.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về tiết niệu

7.2.1 Thủ thuật đặt sonde niệu đạo-bàng quang

ĐẠI CƯƠNG

Đặt sonde niệu đạo-bàng quang là thủ thuật dùng để chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu. Đây là kỹ thuật sử dụng một ống thông đặt từ lỗ niệu đạo vào đến bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài.



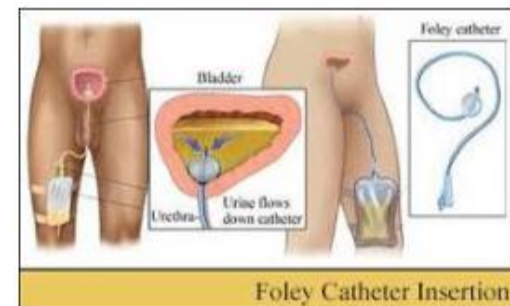
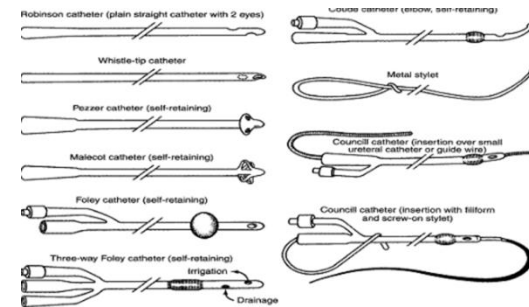
CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật
- Điều dưỡng: 01 người

2. Phương tiện

- Giường thực hiện thủ thuật: 01
- Sonde bàng quang: các loại kích cỡ tùy thuộc người bệnh
- Gel bôi trơn hoặc dầu paraffin; Dung dịch Betadin sát trùng: 01 lọ
- Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc; Săng vô khuẩn không có lỗ: 01 chiếc
- Mảnh vải nhựa đặt dưới mông người bệnh
- Nước muối sinh lý 0,9%: 100ml/5l
- Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc
- Băng băng, gạc vô trùng: 04 gói
- Găng tay vô trùng: 02 đôi
- Ống nghiệm: 04



3. Người bệnh

Người bệnh được nghe bác sĩ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm

2. Kiểm tra người bệnh: đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật
- Bác sĩ rửa tay, đi găng vô trùng, mặc áo thủ thuật
- Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối chống lên khoảng 60° , bàn chân đặt thoải mái. Trải mảnh vải nhựa dưới mông người bệnh sau đó trải säng vô khuẩn không lỗ.
- Sát trùng rộng toàn bộ bộ phận sinh dục và bàng quang. Trải 01 säng vô khuẩn có lỗ bộc lộ vùng lỗ niệu đạo
- Dùng tay trái để tách hai mép âm hộ hoặc miệng sáo, tay này đã được coi như nhiễm khuẩn nên không dùng để cầm sonde.
- Tay phải cầm và đẩy sonde vào lỗ niệu đạo, khoảng 6-8 cm sau đó xem nước tiểu đã chảy theo sonde ra ngoài chưa. Nếu đã thấy nước tiểu ra ngoài, điều chỉnh sonde và bơm cuff 10ml Natriclorua 9% cố định sonde tiểu.
- Dùng bơm 20 ml lấy nước tiểu vào các ống xét nghiệm.
- Nối sonde tiểu với túi đựng nước tiểu.
- Cho người bệnh về giường bệnh.

7.2.2 Thủ thuật chọc hút nước tiểu trên xương mu

ĐẠI CƯƠNG

- Chọc hút nước tiểu trên xương mu là kỹ thuật lấy nước tiểu chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu.
- Đây là một kỹ thuật đặc biệt vì vậy không nên chỉ định rộng rãi và chỉ áp dụng khi thực sự cần thiết.

CHỈ ĐỊNH

- Cấy tìm vi khuẩn niệu làm kháng sinh đồ trong những trường hợp khó điều trị, đặc biệt ở trẻ em.
- Không đặt được sonde tiểu khi người bệnh bí tiểu và cầu bàng quang căng to

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng
- Đang được điều trị với chống đông: Aspirin, Warfarin, Heparin

CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật
- Điều dưỡng: 01 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Giường thực hiện thủ thuật: 01; Dung dịch Betadin sát trùng: 01lọ
- Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc; - Săng vô khuẩn loại không lỗ: 01 chiếc
- Mảnh vải nhựa đặt dưới mông Người bệnh; Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống
- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml; Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc ...



3. Người bệnh

- Người bệnh đã được làm các xét nghiệm về đông máu cơ bản và các xét nghiệm cơ bản khác...

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ; Kiểm tra người bệnh: đối chiếu tên, tuổi

2. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.
- Bác sỹ rửa tay, mặc áo thủ thuật, đi găng vô trùng
- Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối co lên khoảng 60 độ, bàn chân đặt thoải mái. Trải mảnh vải nhựa dưới mông người bệnh sau đó trải săng vô khuẩn không lỗ
- Sát trùng rộng toàn bộ vùng chuẩn bị làm thủ thuật; Trải 01 săng vô khuẩn có lỗ
- Vị trí chọc: đường trắng giữa, trên khớp mu 1 cm
- Gây tê da và tổ chức dưới da vùng chọc hút nước tiểu
- Chọc kim thẳng đứng qua da và tổ chức dưới da. Khi kim đã qua thành bàng quang thì hút nước tiểu, bỏ đi 5 ml nước tiểu đầu để loại bỏ hồng cầu khi đầu kim đi qua thành bàng quang, tổ chức dưới da sau đó hút nước tiểu cho vào các ống nghiệm.
- Trong trường hợp người bệnh bí đái thì có thể tiến hành hút bớt nước tiểu trong bàng quang ra ngoài để làm giảm áp lực trong bàng quang cho người bệnh.
- Cho người bệnh về giường bệnh.



7.2.4 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành Tiết niệu

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH THẬN TIẾT NIỆU

*(Ban hành kèm theo Quyết định số:3592 / QĐ-BYT ngày 11 tháng 9 năm 2014
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Chăm sóc sonde dẫn lưu bể thận qua da/lỗ
2.	Chăm sóc sonde dẫn lưu tự dịch- máu quanh thận/lỗ
3.	Chăm sóc catheter TMITT trong lọc máu
4.	Chăm sóc ống dẫn lưu bể thận qua da 24giờ
5.	Chăm sóc catheter đường hầm có cuff để lọc máu
6.	Chọc dò bể thận dưới hướng dẫn của siêu âm
7.	Chọc hút dịch nang thận có tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm
8.	Chọc hút dịch quanh thận dưới hướng dẫn của siêu âm
9.	Chọc hút dịch nang thận dưới hướng dẫn của siêu âm
10.	Chọc hút nước tiểu trên xương mu
11.	Chụp bàng quang chẩn đoán trào ngược bàng quang niệu quản
12.	Dẫn lưu bể thận qua da cấp cứu
13.	Dẫn lưu dịch quanh thận dưới hướng dẫn của siêu âm
14.	Dẫn lưu nang thận dưới hướng dẫn siêu âm
15.	Dẫn lưu bể thận qua da dưới hướng dẫn của siêu âm
16.	Đặt catheter tĩnh mạch cánh để lọc máu cấp cứu dưới hướng dẫn của siêu âm
17.	Đặt sonde bàng quang
18.	Đặt catheter bàng quang cấp cứu để lọc máu cấp cứu
19.	Đặt ống thông niệu quản qua nội soi (sonde JJ)
20.	Đặt catheter tĩnh mạch cánh để lọc máu cấp cứu
21.	Đặt catheter hai nòng, có cuff, tạo đường hầm vào tĩnh mạch trung tâm
22.	Điều trị phì đại tuyến tiền liệt bằng kỹ thuật laser phóng bên
23.	Điều trị tại chỗ phì đại tuyến tiền liệt bằng phương pháp nhiệt vi sóng qua đường niệu đạo
24.	Điều trị phì đại xơ hẹp cổ bàng quang bằng kỹ thuật Laser phóng bên
25.	Điều trị phì đại tuyến tiền liệt bằng kỹ thuật bốc hơi bằng kim qua niệu đạo
26.	Đo lượng nước tiểu 24 giờ
27.	Đo áp lực đồ bàng quang thủ công
28.	Đo áp lực đồ bàng quang bằng máy
29.	Đo niệu dòng đồ
30.	Đo áp lực đồ niệu đạo bằng máy

31.	Đo áp lực thâm thấu niệu
32.	Lấy sỏi niệu quản qua nội soi
33.	Lọc màng bụng cấp cứu liên tục 24 giờ
34.	Lọc màng bụng chu kỳ (CAPD)
35.	Lọc huyết tương sử dụng 2 quả lọc (quả lọc kép-DFPP)
36.	Lọc màng bụng liên tục 24 giờ bằng máy
37.	Lọc máu bằng kỹ thuật thẩm tách siêu lọc dịch bù trực tiếp từ dịch lọc
38.	Lọc màng bụng liên tục 24 giờ
39.	Nong hẹp niệu quản qua da dưới hướng dẫn của màn tăng sáng
40.	Nong niệu đạo và đặt sonde dài
41.	Nối thông động tĩnh mạch
42.	Nối thông động tĩnh mạch có dịch chuyển tĩnh mạch
43.	Nối thông động tĩnh mạch sử dụng mạch nhân tạo
44.	Nội soi bàng quang chẩn đoán (Nội soi bàng quang không sinh thiết)
45.	Nội soi niệu quản chẩn đoán
46.	Nội soi bơm rửa niệu quản sau tán sỏi ngoài cơ thể
47.	Nội soi bàng quang để sinh thiết bàng quang đa điểm
48.	Nội soi bàng quang lấy dị vật, sỏi
49.	Nội soi đặt catheter bàng quang- niệu quản để chụp UPR
50.	Rửa bàng quang lấy máu cục
51.	Nội soi bơm rửa bàng quang, bơm hoá chất
52.	Nội soi tán sỏi niệu quản (búa khí nén, siêu âm, laser)
53.	Nội soi bàng quang gấp dị vật bàng quang
54.	Nội soi bàng quang
55.	Rút sonde dẫn lưu bể thận qua da
56.	Rút sonde dẫn lưu tự dịch- máu quanh thận
57.	Rút sonde JJ qua đường nội soi bàng quang
58.	Rút sonde modelage qua đường nội soi bàng quang
59.	Rút catheter đường hầm
60.	Rửa bàng quang lấy máu cục
61.	Rửa bàng quang
62.	Siêu lọc máu chậm liên tục (SCUF)
63.	Sinh thiết thận dưới hướng dẫn của siêu âm
64.	Sinh thiết thận ghép sau ghép thận dưới hướng dẫn của siêu âm
65.	Tán sỏi ngoài cơ thể định vị bằng X quang hoặc siêu âm
66.	Thay huyết tương trong bệnh lupus ban đỏ rải rác
67.	Thay transfer set ở người bệnh lọc màng bụng liên tục ngoại trú
68.	Thay huyết tương
69.	Lọc máu cấp cứu bằng kỹ thuật thận nhân tạo
70.	Lọc máu chu kỳ bằng kỹ thuật thận nhân tạo
71.	Rút catheter tĩnh mạch trung tâm chạy thận nhân tạo cấp cứu
72.	Rút catheter tĩnh mạch đùi chạy thận nhân tạo cấp cứu
73.	Rút catheter tĩnh mạch trung tâm ở người bệnh sau ghép thận

74.	Rút sonde dẫn lưu ổ thận ghép qua da
75.	Đặt ống thông niệu quản qua nội soi (sonde JJ) có tiên mê
76.	Nội soi bàng quang chẩn đoán có gây mê
77.	Nội soi bơm rửa niệu quản sau tán sỏi ngoài cơ thể có gây mê
78.	Nội soi bàng quang để sinh thiết bàng quang đa điểm có gây mê
79.	Nội soi bàng quang lấy sỏi, dị vật có gây mê
80.	Nội soi đặt catheter bàng quang - niệu quản để chụp UPR có gây mê
81.	Nội soi bàng quang và bơm hoá chất có gây mê
82.	Nội soi bàng quang gấp dị vật bàng quang có gây mê
83.	Nội soi bàng quang có gây mê
84.	Rút sonde JJ qua đường nội soi bàng quang có gây mê
85.	Rút sonde modelage qua đường nội soi bàng quang có gây mê
86.	Đặt catheter một nòng hoặc hai nòng tĩnh mạch đùi để lọc máu
87.	Phối hợp thận nhân tạo (HD) và hấp thụ máu (HP) bằng quả hấp phụ máu HA 130
88.	Kỹ thuật tạo đường hầm trên cầu nối (AVF) để sử dụng kim đầu tù trong lọc máu (Kỹ thuật button hole)
89.	Nội soi bơm rửa bàng quang lấy máu cục

(Tổng số 89 quy trình kỹ thuật)

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Đã ký

Nguyễn Thị Xuyên

BỘ Y TẾ

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc**

**DANH SÁCH 06 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA
CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 4919/QĐ-BYT ngày 17 tháng 8 năm 2016
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Cắt toàn bộ thận và niệu quản
2.	Cắt thận bán phần
3.	phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn
4.	Nối ống dẫn tinh sau phẫu thuật đính sản
5.	Thắt tĩnh mạch tinh trên bụng
6.	Phẫu thuật vỡ vật hang do gây dương vật

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Việt Tiến

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Nguyễn Phúc Học (2017), Chương 5 Bệnh lý & thuốc Thận tiết niệu - PTH 350. DTU

Tiếng Anh

7. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Blackwell Press
8. Lynn S. Bickley and Et al (2017), Bate's Guide to Physical Examination; 12th Edition
9. Dennis L. Kasper and Et al (2015), Harrison's principles of internal medicine; 19th Edition
10. Richard F. LeBlond (2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
11. Anne Griffin Et al (2014). Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; MosbyPress
12. Elizabeth Burns and Et al (2011) Oxford American Handbook of Clinical Examination and Practical Skills , Oxford University Press, Inc

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/urological-history-taking/>
3. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/24-hour-urine-collection>
4. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/urethral-catheterisation-female>
5. <https://geekymedics.com/female-catheterisation-osce-guide/>
6. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/rectal-examination>
7. <https://geekymedics.com/rectal-examination-pr>
8. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/urethral-catheterisation-male/>
9. <https://geekymedics.com/penile-catheterisation-osce-guide>
10. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/urinalysis>
11. http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/5_benh_ly_thuoc_tie_t_nieu.pdf
12. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

Câu hỏi lượng giá

7.1. Chọn đúng/sai - Tiểu nhiều là khi đái trên 2 lít mỗi ngày với điều kiện: nghỉ ngơi trên giường lượng nước đưa vào trong 24 giờ không nhiều quá (trung bình 1,5 lít không dùng các thuốc lợi tiểu, ăn bình thường).

- A. Đúng
- B. Sai

7.2. Chọn đúng/sai - Vô niệu: là khi không có nước tiểu trong bàng quang khi thông đái, hoặc nước tiểu 24 giờ thấp dưới 100ml?.

- A. Đúng
- B. Sai

7.3. Chọn câu sai – các triệu chứng tiết niệu chính nêu trong câu này có mô tả nào là không đúng?:

- A. Bình thường mỗi người đái mỗi ngày từ 1,1 – 1,7 lít
- B. Tiểu nhiều là khi đái trên 2 lít mỗi ngày với điều kiện nghỉ ngơi & không uống nhiều quá
- C. Đái ít: lượng nước tiểu 24 giờ được từ 300 – 500ml
- D. Vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang khi thông đái.

7.4. Chọn câu sai - các triệu chứng tiết niệu chính nêu trong câu này có mô tả nào là không đúng?:

- A. Đái buốt: Là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang, mỗi khi đi tiểu.
- B. Đái rắt: Là tình trạng đi đái nhiều lần trong một ngày. Mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít
- C. Bí đái: không có nước tiểu trong bàng quang, người bệnh không đi đái được
- D. Vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang khi thông đái, hoặc nước tiểu 24 giờ thấp dưới 300ml

7.5. Chọn đúng/sai: Khi khám bệnh nhân là người khác phái, cần có mặt thêm nhân viên thứ 2 ngoài người khám bệnh (người nhà hoặc một nữ điều dưỡng kiêm phụ tá thăm khám).

- A. Đúng
- B. Sai

7.6. Chọn đúng sai - Luôn luôn phải khám hai bên khi khám tiết niệu, khi khám bên trái hay phải người khám phải di chuyển sang bên khám, không nên cúi người qua để khám bên đối diện vì thiếu chính xác. Cũng có thể yêu cầu bệnh nhân ngồi dậy và thay đổi bên bằng cách trở đầu nằm, nếu bên đối diện sát vách.

- A. Đúng
- B. Sai

7.7. Chọn câu sai – những lưu ý khi nhìn toàn thể và bắt đầu khám từ tay người bệnh cần phải thực hiện các kỹ năng dưới đây, mô tả nào không đúng?:

- A. Nhìn xung quanh giường bệnh xem có các túi (bao gồm lượng nước tiểu và màu sắc)
- B. Kiểm tra da của bệnh nhân tìm dấu hiệu bầm tím, nhiễm uranemia.
- C. Kéo nhẹ da trên mu tay hoặc cánh tay bệnh nhân lên trên để đánh giá mức độ ứ nước nhiều ít
- D. Tìm các dấu hiệu của tăng ure máu mạn (tay lạnh, xanh xám, ngứa, mốc da...)

7.8. Chọn câu sai – Nhìn trong khám thận cần phải thực hiện các kỹ năng dưới đây, mô tả nào không đúng?:

- A. Thày thuốc quan sát hai hố lưng để so sánh khi bệnh nhân nằm ngay ngắn và quay về phía thày thuốc.
- B. Thày thuốc quan sát vùng hạ sườn hai bên khi bệnh nhân nằm ngửa chân hơi co hoặc duỗi thẳng.
- C. Cổ trướng tự do bụng to bè, rốn lồi, không có tuần hoàn bàng hệ
- D. Cầu bàng quang: khối bất thường vòng cao so với bình thường ở vùng hạ vị ngay trên xương mu

7.9. Chọn đúng/sai – Sờ nắn trong khám thận: Tay trái người khám đặt ở hố thắt lưng, các đầu ngón tay đặt tại góc sườn - thắt lưng, nâng thận lên cao. Tay phải để ở vùng hạ sườn, song song bờ sườn hoặc dọc theo cơ thẳng bụng. Hai tay áp sát vào nhau. Mô tả kỹ năng khám như vậy có đúng không?.

- A. Đúng
- B. Sai

7.10. Chọn đúng/sai – cách làm nghiệm pháp rung thận: đặt lòng bàn tay vào hố thắt lưng, tay kia nắm lại dấm nhẹ trên mu tay đặt trên bụng; (+) khi BN thấy đau thốn. Mô tả kỹ năng khám như vậy có đúng không?.

- A. Đúng
- B. Sai

7.11. Chọn câu sai – Nghiệm pháp chạm thận được thực hiện như với kỹ năng chi tiết nêu trong câu này. Mô tả động tác nào chưa đúng?:

- A. Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay để lên đầu, bộc lộ toàn bộ vùng bụng
- B. Người thầy thuốc ngồi cạnh bên bệnh nhân, bên trái hoặc bên phải tùy theo điều kiện nơi khám bệnh..
- C. Hướng dẫn bệnh nhân cách thở bằng bụng, bệnh nhân nằm quay mặt đối diện
- D. khi làm nghiệm pháp chạm thận trái, tay phải đặt ở hố thắt lưng trái, tay trái đặt ở phía trên (vùng hạ sườn trái)

7.12. Chọn câu sai – trong phương pháp sờ nắn thận, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Trong nghiệm pháp bập bênh thận, bàn tay đặt ở vùng hạ sườn phải giữ nguyên, tay đặt ở vùng hố thắt lưng và dùng lực đều các ngón tay hất mạnh vào hố thắt lưng
- B. Chạm thận (+) và bập bênh thận (+) là dấu hiệu của hội chứng thận to.
- C. Điểm sườn lưng là giao điểm của xương sườn thứ 12 và cơ thắt lưng
- D. Điểm sườn sống là giao điểm xương sườn thứ 12 và mỏm ngang đốt sống lưng thứ 10

7.13. Chọn câu sai – trong phương pháp gõ thận, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Tay trái của thầy thuốc đặt song song với khoảng gian sườn từ V - VI, dùng ngón trỏ bàn tay phải gõ lên ngón giữa bàn tay trái.
- B. Tiến hành gõ liên tục từ vùng gian sườn V - VI xuống vùng hạ sườn.
- C. Nếu thận không to thì gõ vang vì phía trước thận là các tạng rỗng
- D. Thận to nhưng thường gõ trong là do phía trước có đại tràng che phủ

7.14. Chọn câu sai – trong phương pháp rung thận, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Người thầy thuốc ngồi phía sau bệnh nhân, bệnh nhân ngồi phía trước quay lưng về phía thầy thuốc.
- B. Bàn tay trái của thầy thuốc đặt lên vùng hố thắt lưng bệnh nhân, tay phải đấm nhẹ lên mu ngón bàn tay trái.
- C. Nghiệm pháp rung thận được sử dụng để chẩn đoán sỏi thận.
- D. Sau khi làm nghiệm pháp rung thận nếu đái máu đại thể hoặc vi thể phải nghĩ đến sỏi thận

7.15. Chọn câu sai – trong phương pháp khám niệu quản, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Niệu quản ở sâu sau phúc mạc, nên khó phát hiện các dấu hiệu lâm sàng
- B. Điểm đau niệu quản thường là dấu chứng của sỏi niệu quản
- C. Sỏi niệu quản thường biểu hiện rõ qua cơn đau bảu thận điển hình
- D. Điểm đau niệu quản giữa bên trái thường làm người ta nhầm với điểm đau Mc Burney

7.16. Chọn đúng/sai – Các điểm đau niệu quản dương tính (+) thường gặp trên các bệnh nhân tắc nghẽn niệu quản do sỏi, cục máu đông...?

- A. Đúng
- B. Sai

7.17. Chọn câu sai – về các điểm đau niệu quản, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Điểm đau niệu quản trên: điểm giao nhau giữa bờ ngoài của cơ thẳng to và đường ngang rốn là điểm niệu quản trên.
- B. Điểm đau niệu quản giữa: điểm tiếp nối giữa 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường liên gai chậu trước trên là điểm niệu quản giữa.
- C. Điểm đau niệu quản dưới tương ứng với chỗ niệu quản đổ vào bàng quang.
- D. Điểm đau niệu quản dưới chỉ khám được khi dùng ba ngón tay của bàn tay phải ấn nhẹ lên khi thăm trực tràng hoặc âm đạo.

7.18. Chọn câu sai – khi khám bàng quang, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Bàng quang nằm trong khung chậu phía sau xương mu và khó nhìn thấy kể cả khi bàng quang to.
- B. Sờ phía trên gai mu nếu bàng quang to ta có thể sờ thấy dễ dàng.
- C. Bàng quang to do ứ nước tiểu, khi gõ bệnh nhân có cảm giác đau tức rất khó chịu.
- D. Nguyên nhân của cầu bàng quang: u tiền liệt tuyến, đột quỵ não, u tử, viêm tử, thoát vị đĩa đệm.

7.19. Chọn câu sai – khi khám niệu đạo, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Lỗ niệu đạo nam ở mặt dưới dương vật; ở nữ nằm trên âm vật và trên lỗ âm đạo
- B. Bình thường sờ từ đầu dương vật lên đến niệu đạo sau thấy mềm mại và không đau
- C. Sờ nắn niệu đạo có thể làm bệnh nhân đau và có giọt mủ chảy ra ở lỗ niệu đạo trong viêm niệu đạo cấp.
- D. Cho bệnh nhân ho, rặn nhẹ: thấy nước tiểu ra từ miệng niệu đạo trong bệnh tiểu không kiểm soát khi gắng sức...

7.20. Chọn đúng/sai – khi thăm âm đạo người khám có thể sờ nắn được dọc suốt niệu đạo nữ, bằng cách dùng một ngón tay thăm khám âm đạo phối hợp với một bàn tay kết hợp đè nén trên bụng dưới, mô tả nêu trên có đúng không? .

- A. Đúng
- B. Sai

7.21. Chọn câu sai – trong kỹ năng khám tuyến tiền liệt, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Bệnh nhân nằm nghiêng hoặc nằm ngửa với hai chân dang rộng, gối gấp. Người khám đứng giữa hai đùi hay đứng bên phải bệnh nhân.
- B. Người khám dùng ngón tay trở có găng và bôi dầu trơn đưa vào lỗ hậu môn, nói bệnh nhân nín thở.
- C. Sờ tuyến tiền liệt theo hướng từ phải, giữa, sang trái và từ đỉnh xuống đáy
- D. Tuyến tiền liệt bình thường khoảng 20 gam, to hơn ngón cái một chút, mật độ mềm đều căng tương tự như chóp mũi, có rãnh giữa phân biệt hai thùy, ranh giới rõ, không đau

7.22. Chọn câu sai – trong thủ thuật đặt sonde niệu đạo-bàng quang, mô tả nào nêu dưới đây chưa đúng?:

- A. Đặt sonde niệu đạo-bàng quang là thủ thuật dùng để chẩn đoán trong một số bệnh tiết niệu
- B. Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối chống lên khoảng 60 độ, bàn chân đặt thoải mái.
- C. Dùng tay trái để tách hai mép âm hộ hoặc miệng sáo, tay này đã được coi như nhiễm khuẩn nên không dùng để cầm sonde
- D. Tay phải cầm và đẩy sonde vào lỗ niệu đạo, khoảng 6-8 cm, nếu đã thấy nước tiểu ra ngoài, điều chỉnh sonde và bơm cuff 10ml Natriclorua 9% cố định sonde tiểu

7.23. Chọn đúng/sai – Chọc hút nước tiểu trên xương mu là kỹ thuật lấy nước tiểu chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu. Đây là một kỹ thuật đặc biệt vì vậy không nên chỉ định rộng rãi và chỉ áp dụng khi thực sự cần thiết?.

- A. Đúng
- B. Sai

7.24. Chọn đúng/sai – Chọc hút nước tiểu trên xương mu chỉ định khi cần cấy tìm vi khuẩn niệu làm kháng sinh đồ trong những trường hợp khó điều trị, đặc biệt ở trẻ em và khi không đặt được sonde tiểu trên người bệnh vô niệu ?

- A. Đúng
- B. Sai

7.25. Chọn câu sai – trong các triệu chứng tiết niệu chính nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:

- A. Đái ít: lượng nước tiểu 24 giờ được từ 200 – 500ml.
- B. Vô niệu: Vô niệu: khi lượng nước tiểu bằng 0ml/24 giờ
- C. Đái buốt: Là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang, mỗi khi đi tiểu. .
- D. Bí đái: bàng quang đầy nước tiểu nhưng người bệnh không đi đái được.

7.26. Trong các triệu chứng đau quặn thận nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:

- A. đau thường xuất hiện sau vận động mạnh, sau chấn thương vùng thắt lưng, tuy nhiên cũng có thể xuất hiện cả lúc nghỉ ngơi.
- B. đau thường dữ dội thành từng cơn, cơn chỉ có thể ngắn 20-30 phút ít khi kéo dài nhiều giờ hoặc cả ngày
- C. đau thường xuất phát ở vùng thắt lưng, lan ra phía trước xuống vùng bàng quang, xuống bìu (ở nam) hoặc bộ phận sinh dục ngoài (ở nữ).
- D. thường chỉ đau một bên, trong cơn đau có thể có buồn nôn hoặc nôn.

- 7.27. Trong các triệu chứng đau quặn thận nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:
- A. đau thường xuất hiện sau vận động mạnh, sau chấn thương vùng thắt lưng, tuy nhiên cũng có thể xuất hiện cả lúc nghỉ ngơi.
 - B. đau thường dữ dội thành từng cơn, cơn có thể ngắn 20-30 phút có thể kéo dài nhiều giờ hoặc cả ngày
 - C. đau thường xuất phát ở vùng bụng trên, lan ra phía trước xuống vùng bàng quang, xuống bìu (ở nam) hoặc bộ phận sinh dục ngoài (ở nữ).
 - D. cơn đau thường kết thúc từ từ, nhưng cũng có khi kết thúc đột ngột
- 7.28. Trong các triệu chứng đau quặn thận nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:
- A. đau thường dữ dội thành từng cơn, cơn có thể ngắn 20-30 phút có thể kéo dài nhiều giờ hoặc cả ngày
 - B. đau thường xuất phát ở vùng thắt lưng, lan ra phía trước xuống vùng bàng quang,
 - C. Trước cơn đau thường có đái ra máu đại thể hay vi thể, có thể có rối loạn tiểu tiện như: đái khó, đái rắt, đái buốt.
 - D. Cơn đau quặn thân thường hay tái phát
- 7.29. Trong các triệu chứng đau trong tiết niệu nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:
- A. Đau âm ỉ vùng hố thắt lưng thường không thành cơn hoặc chỉ có cảm giác nặng tức vùng hố thắt lưng.
 - B. Đau ở các điểm niệu quản thường liên quan với các quá trình bệnh lý ở thận và bàng quang.
 - C. Đau ở vùng bàng quang thường kèm theo các rối loạn bài niệu: đái rắt, đái buốt . .
 - D. Đau do trào ngược niệu quản người bệnh thấy đau vùng hố thắt lưng một hoặc hai bên khi rặn đái, đau không mất đi khi đái xong.

7.30. Trong các triệu chứng về rối loạn thải tiết nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:

- A. Đái dắt: Là tình trạng đi đái nhiều lần trong một ngày. Mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít, mỗi khi chỉ có vài giọt hoặc không có giọt nào. Người bệnh mới đi đái xong lại muốn đi nữa. Mỗi lần đi tiểu có cảm giác khó đi.
- B. Đái không hết (đái lấu): Là hiện tượng vẫn còn phần thừa sau khi đi tiểu.
- C. Đái buốt: Là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang, sau mỗi khi đi tiểu.
- D. Đái ngắt quãng (tiểu ngập ngừng, Hesitancy): Đi tiểu bị ngắt quãng giữa dòng, do có vật lạ (sỏi, u) trong lòng bàng quang làm nghẽn..

7.31. Trong các triệu chứng về rối loạn thải tiết nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:

- A. Đái dắt: Là tình trạng đi đái nhiều lần trong một ngày. Mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít, mỗi khi chỉ có vài giọt hoặc không có giọt nào. Người bệnh mới đi đái xong lại muốn đi nữa. Mỗi lần đi tiểu có cảm giác khó đi.
- B. Đái không hết (đái lấu): Là hiện tượng vẫn còn phần thừa sau khi đi tiểu.
- C. Đái khó là hiện tượng thần kinh chưa hoàn chỉnh (trẻ nhỏ) hoặc bệnh lý (người lớn).
- D. Đái ngắt quãng (tiểu ngập ngừng, Hesitancy): Đi tiểu bị ngắt quãng giữa dòng, do có vật lạ (sỏi, u) trong lòng bàng quang làm nghẽn.

7.32. Trong các triệu chứng về rối loạn thải tiết nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:

- A. Đái không tự chủ là hiện tượng nước tiểu tự động chảy ra, ngoài ý muốn của bệnh nhân. Có bị són tiểu khi bật cười, ho, hắt hơi? Són tiểu khi bị căng thẳng (stress).
- B. Đái đêm được coi là bệnh lý khi bệnh nhân phải đi đái nhiều lần trong đêm.
- C. Bí đái là trường hợp không đái được trong khi nước tiểu vẫn được bài tiết từ thân xuống và bị ứ lại ở bàng quang.
- D. Đái ngắt quãng (tiểu ngập ngừng, Hesitancy): Đi tiểu bị ngắt quãng giữa dòng, do có vật lạ (sỏi, u) trong lòng bàng quang làm nghẽn.

- 7.33. Trong các triệu chứng về rối loạn bài tiết nêu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:
- A. Đái nhiều là khi đái trên 2 lít mỗi ngày.
 - B. Đái ít là khi lượng nước tiểu 24 giờ chỉ được từ 300 – 500ml; loại đái ít với nước tiểu có nồng độ các chất hoà tan cao thì nước tiểu thường xẫm màu
 - C. Đái ít là khi lượng nước tiểu 24 giờ chỉ được từ 300 – 500ml; loại đái ít với nước tiểu có nồng độ các chất hoà tan thấp thì nước tiểu thường nhạt màu.
 - D. Vô niệu là khi số lượng nước tiểu < 100ml/24giờ .
- 7.34. Trong các triệu chứng về rối loạn tính chất nước tiểu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:
- A. Đái ra mủ nếu nhiều có thể nhận thấy bằng mắt thường, nước tiểu có màu đục bần, có nhiều sợi mủ, để lâu mủ lắng xuống thành một lớp ở dưới.
 - B. Đái ra mủ nếu ít thì nước tiểu đục trắng, có các dây mủ lớn vờn. Xét nghiệm nước tiểu thấy có nhiều tế bào mủ là các bạch cầu đa nhân thoái hoá
 - C. Đái ra máu đại thể là đái ra máu với số lượng nhiều, nước tiểu có màu hồng cho đến màu đỏ, khi để lâu thì hồng cầu sẽ lắng xuống dưới.
 - D. Đái ra hemoglobin còn gọi là đái ra huyết cầu tố. Nước tiểu có màu đỏ hoặc xẫm đen, khi để lâu hoặc ly tâm có lắng cặn hồng cầu ở dưới.
- 7.35. Trong các triệu chứng về rối loạn tính chất nước tiểu dưới đây, mô tả nào nêu chưa đúng?:
- A. Đái ra mủ nếu ít thì nước tiểu đục trắng, có các dây mủ lớn vờn. Xét nghiệm nước tiểu thấy có nhiều tế bào mủ là các bạch cầu đa nhân thoái hoá
 - B. Đái ra máu đại thể là đái ra máu với số lượng nhiều, nước tiểu có màu hồng cho đến màu đỏ, khi để lâu thì hồng cầu sẽ lắng xuống dưới.
 - C. Đái ra hemoglobin còn gọi là đái ra huyết cầu tố. Nước tiểu có màu đỏ hoặc xẫm đen, khi để lâu hoặc ly tâm không có lắng cặn hồng cầu ở dưới.
 - D. Đái ra dưỡng chấp là đái ra nước tiểu đục như sữa hoặc như nước vo gạo, khi để lâu thì nước tiểu sẽ tạo thành 2 lớp: lớp trên đông như thạch, lớp giữa có màu trắng sữa